КЛИНИЧНИ ПРОЯВИ ПРИ БОЛНИ С ПЪРВИЧНА И ВТОРИЧНА ФИБРОМИАЛГИЯ

РЕЗЮМЕ

КЛИНИЧНИ ПРОЯВИ ПРИ БОЛНИ С ПЪРВИЧНА И ВТОРИЧНА ФИБРОМИАЛГИЯ

Фибромиалгията (ФМ) е широко разпространена и обхваща различни възрастови групи, най-често е срещана между 20 и 50 години. При пациенти с ревматични болести – остеоартроза (ОА) и системен лупус еритематозус (СЛЕ) се установява придружаваща/ вторична ФМ. Наличието на вторична фибромиалгия при СЛЕ и ОА е изследвана от различни автори и е установена при приблизително 20% от тези болни.

Целта на настоящото клинично изпитване е да се анализират клиничните прояви на първичната спрямо вторичната ФМ. Настоящото проучване е проспективно и е извършено в Клиника по Ревматология на УМБАЛ „Св. Иван Рилски" и МЦ „Фокус 5", София за периода септември 2013 – септември 2017 година. Изследвани са 83 болни с първична ФМ, 39 болни с ФМ+ОА, 23 болни с ФМ+СЛЕ, 27 болни със СЛЕ и 36 здрави лица. В настоящата разработка се сравнява хроничната болка, умората, депресивните промени и тревожността при болни с първична ФМ, сравнени с болни със СЛЕ, ОА и вторична ФМ. По клиничния показател хронична умора по скалата MFIS статистически значима разлика p<0,05 има в средните стойности за групата здрави, сравнени с всички групи с ФМ - първична ФМ, ФМ+ОА, ФМ+СЛЕ. Сравнението между групите болни е важно за оценка на болестната активност и лечението, което ще бъде препоръчано.

д-р Валентина Решкова дм [1],
Проф. Д-р Рашо Рашков дмн [1]
Акад. Проф. Д-р Иван Миланов, дмн [2]

[1] Клиника по ревматология,
УМБАЛ „Св. Иван Рилски", София
[2] СБАЛНП "Св. Наум", София

ABSTRACT

CLINICAL MANIFESTATION IN PATIENTS WITH PRIMARY AND SECONDARY FIBROMYALGIA

Fibromyalgia (FM) is widespread and covers different age groups, most commonly occurring between 20 and 50 years. Patients with rheumatic diseases - osteoarthritis (OA) and systemic lupus erythematosus (SLE), have an accompanying / secondary FM. The presence of secondary fibromyalgia in SLE and OA has been investigated by various authors and is found in approximately 20% of these patients.

The purpose of this clinical trial is to analyze clinical manifestations of primary vs. secondary FM. The present study is prospective and has been performed at the Clinic of Rheumatology of the University Hospital „St. Ivan Rilski" and „Focus 5" Center, Sofia for the period September 2013 - September 2017. Eighty three patients with primary FM, 39 patients with FM + OA, 23 patients with FM + SLE, 27 patients with SLE and 36 healthy subjects were included. The present study compared chronic pain, fatigue, depression, and anxiety in patients with primary FM, and patients with SLE, OA and secondary FM. Based on the MFIS clinical fatigue scale, statistically significant difference p <0.05 in the mean values was found for healthy controls compared to all FM groups - primary FM, FM + OA, FM + SLE. The comparison between the patient groups is important for the evaluation of the disease activity and the treatment that will be recommended.

Key words: primary and secondary fibromyalgia, SLE, osteoarthritis.

Dr. Valentina Reshkova, PhD [1],
Prof. Dr. Rasho Rashkov, PhD, DSc [1],
Akad. Prof. Dr. Ivan Milanov, PhD, DSc [2]

[1] Rheumatology Clinic, „St. Ivan Rilski" Multiprofile University Hospital for Active Treatment, Sofia (Bulgaria)
[2] „St. Naum" Specialized University Hospital for Active Treatment, Sofia (Bulgaria)

Ключови думи: първична и вторична фибромиалгия, СЛЕ, остеоартроза

I. Въведение

Фибромиалгията (ФМ) е широко разпространена и обхваща различни възрастови групи, най-често е срещана между 20 и 50 години. Засяга жени и мъже в съотношение 9:1 до 20:1. От нея страдат 7 до 10 милиона американци, което е 3 до 6% от популацията. Няма определена етническа предиспозиция. Няма епидемиологични данни за разпространението на ФМ в България (1).

Хроничната болка е причина за 60% от консултациите при лекар-специалист. Около половината от пациентите с мускулно-скелетна болка са с ФМ. Тя се характеризира с дифузна болка. Ревматолозите са специалистите, към които се насочват тези пациенти. Техните визити са 16% от ежедневните посещения при лекар ревматолог в САЩ. През 1992 г. световната здравна организация включва ФМ в Десета ревизия на Международна класификация на болестите, в групата на ревматичните ставни болести М. 79.0.

Американският колеж по ревматология (ACR) през 1990 година приема 2 критерия за диагноза (8,9):

Първи критерий - дълбока, дифузна болка в дясната, лявата част на тялото или двустранно, понякога опасваща, в областта на шийния, гръдния или поясния отдел на гръбначния стълб, или предната част на гръдния кош. Болковите симптоми трябва да са с продължителност най-малко 3 месеца.

Втори критерий – болка, измерена с долориметър в най-малко в 11 от 18 болезнени точки (1).

През 2010 година ACR приема нови критерии. Те са:

1. Наличие на хронична дифузна болка в 7 или повече от 19 региона от човешкото тяло през последната седмица и наличие на повече или равни на 5 точки по комбинирана скала (SS – Severity Scale) за оценка на умора, неосвежаваща почивка, когнитивни симптоми (всеки от трите симптома се оценява с максимум 3 точки) и наличие на соматични симптоми - коремна болка, депресия, главоболие (1=да, 2=не, общо максимум 3 точки)

или

наличие на хронична дифузна болка в 3 до 6 региона или наличие на повече или равни на 9 точки по комбинираната скала.

Максималният брой точки е 31 – 19 за всички болезнени региони + 12 точки за всички симптоми. Степента на оплакванията за SS – Severity Scale са:

0 точки – няма оплакване,

1 точка – леко изразено оплакване,

2 точки – средно изразено оплакване, 3 точки – силно изразено оплакване (8,9).

Според Ana Luiza P. Kasemodel de Araujo при 12% от болните със системен лупус (СЛЕ) има ФМ, средната възраст на болните със СЛЕ е 40 години, с ФМ е 44 години, със СЛЕ и ФМ е 43,5 години (2). Има сигнификантна разлика в броя на областите с хронична болка между групата само с ФМ и тази с ФМ и СЛЕ. По-голям брой болезнени области - 15,05 се установяват в групата с ФМ, с ФМ и СЛЕ този брой е 11,75 (p=0,0001). Няма сигнификантна разлика в скора SS между двете групи. Силата на хроничната болка в групата с ФМ е 87,5 мм по VAS. Болните само със СЛЕ оценяват хроничната болка с 35 мм по VAS. Болните с ФМ и СЛЕ съобщават за 71,25 мм хронична болка по VAS. Епизоди на депресия са по-чести при болните с ФМ (80%) и тези с ФМ и СЛЕ (60%), само със СЛЕ (15%).

Според Franco, MD (4) в Индия 8,2% от бол-

ните със СЛЕ развиват ФМ, в Мексико – 9,5%, в Испания – 10%, в Турция – 25%. Показват ясна връзка на хроничната болка при фибромиалгията и СЛЕ, оценяват умората и качеството на живот при болните със СЛЕ. Болката при СЛЕ е възпалителна, периферна и централна невропатна. Хронична дифузна болка се установява при 65-80% от болните със СЛЕ. Умора има при 50 до 80% от болните със СЛЕ (4).

Според Marchione V 13% от болните с остеоартроза страдат от ФМ. Лечението на ФМ изисква 8453 щатски долара, на ОА – 11253 щатски долара за здравни грижи, отсъствие от работа, медикаменти (6).

II. Целта на настоящото клинично изпитване е да се проучат клиничното протичане и характеристиките на болни с първична и вторична фибромиалгия, сравнени с контролна група здрави лица.

Задачи:

1. Да се оценят характеристиките на болни с първична и вторична ФМ при СЛЕ и остеоартроза, сравнени с контролна група здрави лица

2. Да се анализират клиничните прояви на първичната спрямо вторичната фибромиалгия – болка, хронична умора, влияние на фибромиалгията върху ежедневните дейности..

III. Клиничен материал и методи. Представя се проспективно проучване при болни с фибромиалгия, извършено в Клиника по Ревматология на УМБАЛ »Св. Иван Рилски» и МЦ »Фокус 5», София за периода септември 2013 – септември 2017 година.

Болните са разпределени в следните групи:

- **83 болни – 78 жени и 5 мъже с първична ФМ**, на средна възраст 40,67±11,15 години,
- **39 болни** жени с **фибромиалгия и остеоартроза** на средна възраст 50,77±10,73 години,
- **23 болни** 22 жени и 1 мъж **със СЛЕ и фибромиалгия**, средна възраст 47,9±8,86 с активност по SLEDAI 4-6 точки без засягане на жизненоважни органи и системи, без невролупус,
- **27 болни 25 жени и 2 мъже със СЛЕ** средна възраст 46,96±11,7 с активност по SLEDAI 4-6 точки без засягане на жизненоважни органи и системи, без невролупус
- **36 здрави** 30 жени и 6 мъже на средна възраст 46,53±9,9

Методи на изследване:

Клинични методи:

1. Оценка на прага на болка и оценка на броя болезнени точки

2. Оценка на диагнозата фибромиалгия по критериите от 2010 година

3. Оценка на умората по физикална, когнитивна и психосоциална подскали на MFIS

4. Въпросник за влиянието на фибромиалгията върху активностите на болния – FIQ – физикална и социална част, общи симптоми

Статистически методи:

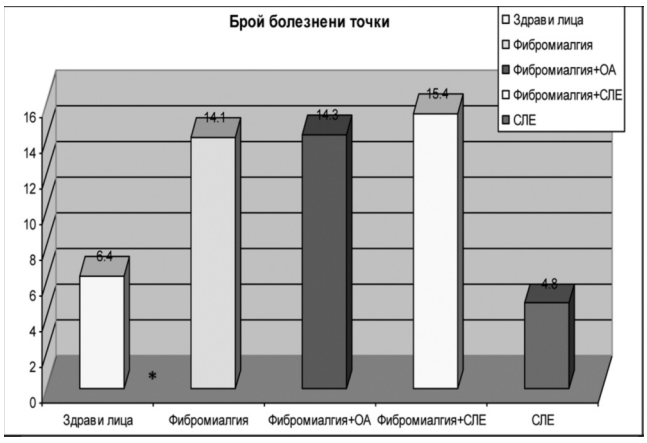
Данните са обработени със статистическия пакет SPSS 16.0 за Windows. За всички сравнения за ниво на значимост, при което се отхвърля нулевата хипотеза е избрано $p<0,05$. Резултатите от количествените величини са представени като средна аритметична стойност±SD. За определяне вида на разпределението е използван непараметричен тест на Kolmogorov-Smirnov. При правилно разпределение са използвани параметрични методи - t-тест на Student, вариационен анализ, корелационен анализ. При неправилно разпределение или хомогенност променливите са използвани непараметрични методи - тест на Mann Whitney, Kruskal Wallis, Chi – квадрат.

IV. Резултати:

1. Резултати от оценка на броя на болезнените точки в трите групи с ФМ (първична, ФМ+ОА и ФМ+СЛЕ), здрави лица и СЛЕ

Средната стойност на прага на болка от всички болезнени точки при всички болни от съответната група, сравнена със здрави лица и

СЛЕ, е представена на граф. 1. Най-голям среден брой болезнени точки имат болните с ФМ+СЛЕ – 15,4, (средна аритметична стойност±стандартно отклонение 15,4±1,9, мин. 14,61, максимум 16,26 при 95% интервал на доверителност, стандартна грешка 0,4); следвани от групата с ФМ+ОА – 14,3 (средна аритметична стойност±стандартно отклонение 14,3±2,1, мин. 13,58, максимум 14,93 при 95% интервал на доверителност, стандартна грешка 0,33). Болните с първична ФМ има среден брой болезнени точки 14,1 (средна аритметична стойност±стандартно отклонение 14,1±1,88, мин. 13,67, максимум 14,49 при 95% интервал на доверителност, стандартна грешка 0,21). Здравите лица имат 6,4 броя болезнени точки (средна аритметична стойност±стандартно отклонение 6,4±3,79, мин. 5,06, максимум 7,7 при 95% интервал на доверителност, стандартна грешка 0,65). Болните със СЛЕ имат 4,8 броя болезнени точки (средна аритметична стойност±стандартно отклонение 4,8±2,4, мин. 4,03, максимум 5,97 при 95% интервал на доверителност, стандартна грешка 0,47) (граф. 1).



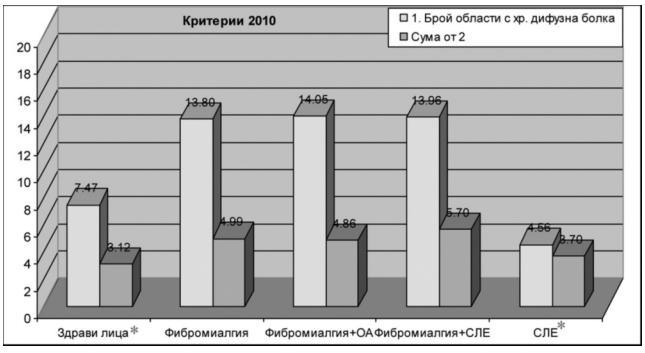
Граф. 1. Брой болезнени точки при групите болни и здрави контроли в момента на поставяне на диагнозата (*p<0,05 за болните с ФМ спрямо здравите лица и пациентите със СЛЕ).

Статистически значима разлика p<0,05 има в средните аритметични стойности на броя на болезнените точки в контролната група и болните със СЛЕ, сравнени с броя на болезнените точки в групите с ФМ – първична, ФМ+ОА и ФМ+СЛЕ. На табл. 1 са посочени статистически достоверната разлика в броя на болезнените точки p<0,05 между отделните групи. По броя на болезнените точки се различават с достоверна разлика групата на първичната фибромиалгия с болните с ФМ+СЛЕ и между ФМ+СЛЕ и ФМ+ОА.

Средният брой болезнени точки е важен показател за поставяне на диагнозата. Той може да се използват в практиката за сравняване на болните и за проследяване на ефекта при избора на подходящо средство за лечение на ФМ.

2. Резултати от оценка на броя на областите с хронична дифузна болка в трите групи с ФМ (първична, ФМ+ОА и ФМ+СЛЕ), здрави лица и СЛЕ

Графика 2 показва, че достоверна разлика по критериите за поставяне на диагноза ФМ от 2010 година се наблюдава между всички групи болни и групата здрави контроли и СЛЕ (*p<0,05)



Граф. 2. Критерии за диагноза от 2010 година – сравнение между групите болни, здравите лица и СЛЕ (*p<0,05)

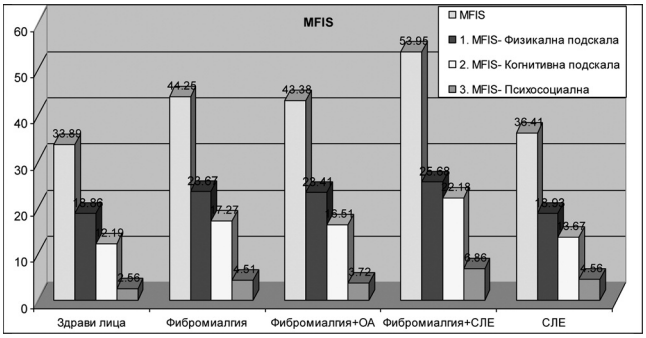
Средната стойност на броя области с хроничната дифузна болка при всички болни от съответната група, сравнена със здрави лица и СЛЕ, е представена на граф. 2. Най-голям среден брой области с хронична дифузна болка имат болните с ФМ+ОА – 14,05, (средна аритметична стой-

ност±стандартно отклонение 14,05±2,75, мин. 13,15, максимум 15,17 при 95% интервал на доверителност, стандартна грешка 0,49); следвани от групата с ФМ+СЛЕ – 13,96 (средна аритметична стойност±стандартно отклонение 13,96±1,8, мин. 13,18, максимум 14,73 при 95% интервал на доверителност, стандартна грешка 0,37). Болните с първична ФМ има среден брой области с хронична дифузна болка 13,8 (средна аритметична стойност±стандартно отклонение 13,8±2,1, мин. 13,34, максимум 14,25 при 95% интервал на доверителност, стандартна грешка 0,23). Здравите имат 7,47 броя области с хронична дифузна болка (средна аритметична стойност±стандартно отклонение 7,47±3,57, мин. 6,08, максимум 8,57 при 95% интервал на доверителност, стандартна грешка 0,61). Болните със СЛЕ имат 4,56 броя области с хронична дифузна болка (средна аритметична стойност±стандартно отклонение 4,56±1,63, мин. 3,91, максимум 5,2 при 95% интервал на доверителност, стандартна грешка 0,31) (граф. 2).

По критерия брой на области с хронична дифузна болка от 2010 година статистически значима разлика p<0,05 има в средните аритметични стойности в контролната група, сравнени с броя на областите с хронична дифузна болка във всички групи болни с ФМ – първична, ФМ+ОА, ФМ+СЛЕ, включително и СЛЕ.

3. Резултати от оценката на хроничната умора по MFIS.

Хроничната умора е изследвана чрез модифицирана скала за умора. MFIS има три подскали – физикална, когнитивна и психосоциална. Физикалната подскала показва резултатите от физическата активност и работоспособността на болния в ежедневието (MFIS-физикална подскала). Психосоциалната подскала представя резултати от възможностите за контакти и социална дейност на болния в обществото (MFIS-психосоциална подскала). Когнитивната подскала представя резултатите от възможностите за когнитивни функции на болния (MFIS-когнитивна подскала) (граф. 3).



Граф. 3. Хронична умора по MFIS – сравнение между групите болни, здравите лица и СЛЕ (*p<0,05)

Оценката на хроничната умора по MFIS при болните с ФМ+СЛЕ е 53,95 (средна аритметична стойност±стандартно отклонение 53,95±16,78, мин. 46,51, максимум 61,39 при 95% интервал на доверителност, стандартна грешка 3,58), следвани от групата с ФМ – 44,25, (средна аритметична стойност±стандартно отклонение 44,25±17,31, мин.40,42, макс. 48,04, при 95% интервал на доверителност, стандартна грешка 1,92). Болните с ФМ+ОА имат умора със средна стойност 43,38 (средна аритметична стойност±стандартно отклонение 43,38±13,26, мин. 39,09, максимум 47,68 при 95% интервал на доверителност, стандартна грешка 2,12). Болните със СЛЕ имат 36,41 точки за умора по MFIS (средна аритметична стойност±стандартно отклонение 36,41±16,77, мин. 29,77, максимум 43,04 при 95% интервал на доверителност, стандартна грешка 3,23). Умората по MFIS при здравите е 33,89 (средна аритметична стойност±стандартно отклонение 33,89±18,07, мин. 27,74, максимум 40,56 при 95% интервал на доверителност, стандартна грешка 3,15).

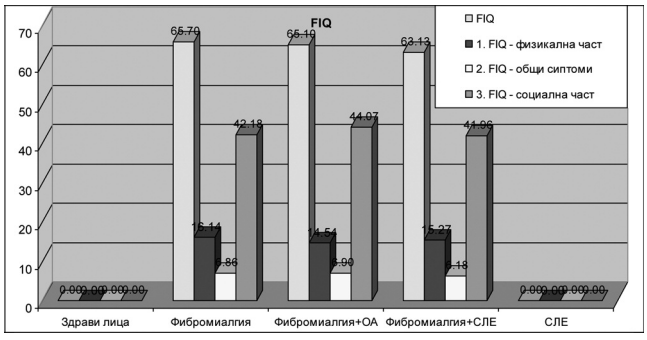
По клиничния показател хронична умора по скалата MFIS статистически значима разлика p<0,05 има в средните аритметични

стойности за групата здрави, сравнени със стойностите на всички групи с ФМ - първична ФМ, ФМ+ОА, ФМ+СЛЕ. Няма значима разлика в хроничната умора по скалата MFIS между трите групи с фибромиалгия. Няма значима разлика по клиничния показател умора между групите ФМ и ФМ+ОА, ФМ+ОА и СЛЕ. Повишаващият се стрес и натовареност сред населението и всички фактори за развитие на фибромиалгия са причини, водещи до придружаваща умора.

Болните със СЛЕ са с близки показателни за хронична умора със здравите лица и със статистически значима нискостепенна умора с групата с ФМ+СЛЕ.

4. Резултати от оценката на влиянието на фибромиалгията върху върху живота на болните с ФМ (FIQ).

Оценката на влиянието на ФМ върху живота на болните с ФМ в групата с първична ФМ е 65,70 (средна аритметична стойност±стандартно отклонение 65,70±19,63, мин. 61,41, максимум 69,99 при 95% интервал на доверителност, стандартна грешка 2,15), следвани от групата с ФМ+ОА – 65,10, (средна аритметична стойност±стандартно отклонение 65,10±17,55, мин.59,41, макс. 70,79, при 95% интервал на доверителност, стандартна грешка 2,81) (граф. 4).



Граф. 4. Влияние на фибромиалгията върху живота на болните с ФМ (FIQ).

Болните с ФМ+СЛЕ имат оценка със средна стойност 63,13 (средна аритметична стойност±стандартно отклонение 63,13±22,88, мин. 54,29, максимум 74,58 при 95% интервал на доверителност, стандартна грешка 4,88) (граф. 4).

Оценката на влиянието на ФМ върху живота на болните с ФМ е със статистически незначима разлика p=0,88 в средните аритметични стойности между групата с ФМ и ФМ+ОА, p=0,80 между ФМ и ФМ+СЛЕ и p=0,90 между ФМ+ОА и ФМ+СЛЕ.

Следователно болестта фибромиалгия влияе по еднакъв начин върху живота на болните с първична и вторична ФМ с тенденция към влошаване на ежедневните дейности и социалния живот при минимален брой точки от скалата 16 и максимален 110. Наличието на друго ревматично заболяване СЛЕ или ОА не повлиява оценката на влиянието на фибромиалгията върху живота.

V. Обсъждане

Клиничната картина на ФМ е резултат от сложни механизми на централно-нервна и нервно-ендокринна регулация, които водят до хронична мускулно-скелетна болка (психогенен ревматизъм, мекотъканен ревматизъм). Клиничната картина е комплексна, защото болните се оплакват от умора, промени в съня, депресия, тревожност и претовареност. Резултатите от настоящото клинично наблюдение показват, че по критерия брой на области с хронична дифузна болка от 2010 година статистически значима разлика има в средните аритметични стойности в контролната група, сравнени с броя на областите с хронична дифузна болка във всички групи болни с ФМ – първична, ФМ+ОА, ФМ+СЛЕ, включително и СЛЕ. СЛЕ е автоимунна болест с мултиорганно засягане и увреждa ставите, кожа, бъбреци, бял дроб, сърце, кръвоносните съдове и мозъка. Честотата на болестта е между 14 и 50 болни на 100 000 население. СЛЕ е причина за по-висока смъртност в сравнение с възпалителните ставни болести. Важна и обективна оценка за актив-

ността на болестта е Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI), който оценява с определен брой точки проявите от увредените органи и системи. Наличието на придружаваща ФМ при СЛЕ е изследвана от различни автори и е установена при 20% от болни със СЛЕ. Наличието на ФМ при СЛЕ е с по-висока честота от общата популация. Проучване на болните със СЛЕ в Бразилия дава информация за хроничната болка и връзката ѝ с болестната активност на СЛЕ. Болните попълват въпросник за влиянието на фибромиалгията (FIQ), за симптомите са разпитани болните според скалата Simptom severity Index (SSI). ри болните само със СЛЕ, активността на болестта оказва по-сериозни негативни ефекти от тези в другите две групи. Това доказват и нашите резултати по отношения на броя на болезнените точки, брой болезнени области, хронична умора.

В статията на Chardran A. от хронична умора се оплакват 9,5% в групата с лека ФМ, 53,1% от групата със средно-тежка ФМ и 43,6% от пациентите с тежка ФМ (4). В наблюдение от 2012 г, пациентите с ФМ са разделени на категории – с лека, средно-тежка и тежка ФМ, според тежестта на хроничната дифузна болка, оценена по VAS и резултатите от попълнени въпросници (4). Според Yacizi K. и сътр. след болката, умората е следващият инвалидизиращ симптом и влошава качеството на живот на болните с ФМ (11).

Според данните от нашето проучване болните със СЛЕ+ФМ, ОА+ФМ и първична ФМ имат еднаква степен на умора, но статистически се различава от здравите лица и болните със СЛЕ. Пациентите със СЛЕ без ФМ са с близки показателни за хронична умора със здравите лица и със статистически значима нискостепенна умора с групата с ФМ+СЛЕ. Повишаващият се стрес и натовареност сред населението и всички фактори за развитие на фибромиалгия са причини, водещи до придружаваща умора. В клиничните проучвания за оценка на болните с ФМ обикновено се използва FIQ, който е комплексен въпросник за умора, физическа активност, тревожни и депресивни промени. Той е комбиниран и за всяко клинично оплакване има средно 2-3 въпроса. В нашата разработка са залегнали 2 въпросника за умора (FSS и MFIS), също и FIQ . Въпросниците за умора са прилагани при системен лупус еритематодес и се оказват с висока информативна стойност при тази болест (5,10). Тези факти са довели до избора на посочените въпросници при първична и вторична ФМ.

В някои разработки се отбелязва, че качеството на живот на болните с ФМ, свързано с болката и придружаващите клинични оплаквания е изключително ниско. Изводите от наблюдението на канадски екип от лекари са, че съчетанието на ФМ със СЛЕ води до влошаване на качеството на живот, общото състояние и менталното здраве в сравнение само с болните със СЛЕ. Резултатите показват, че болката и разстройството на емоционалното състояние са по-изразени при болните само с ФМ. (7). Taylor изследва болни със СЛЕ и ФМ в Израел и установява, че те имат понижено качество на живот, в сравнение с болните със СЛЕ без ФМ. Друг автор Akkasilpa установява, че 17,3% от болните със СЛЕ имат повече от 11 болезнени точки и те са сигнификантно свързани с техния HAQ скор. В проучването на италианските ревматолози с ФМ са 33% от болните със СЛЕ. Съществува тясна връзка между хроничната болка и умората, но няма връзка между степента на болестна активност на СЛЕ и ФМ (10).

Нашите резултати от оценката на влиянието на ФМ при СЛЕ и ОА показват също, че тя влияе по еднакъв начин върху живота на болните с първична и вторична ФМ с тенденция към влошаване на ежедневните дейности и социалния живот при минимален брой точки от скалата 16

и максимален 110. Наличието на друго ревматично заболяване СЛЕ или ОА не повлиява оценката на влиянието на фибромиалгията върху живота.

Затова е необходимо пациентите да бъдат информирани за тяхната болест ФМ и да се провежда обучение за общуване и поддържане на добро качество на живот. То е свързано с повишаване прага на болка в резултат на проведено лечение с медикаменти или немедикаментозно лечение. Необходимо е изработването на индивидуална програма за лечение и обучение на болните за повлияване на всички останали оплаквания при ФМ. Затова първичните грижи в семейството са важни за успеха от лечението. Полагането на грижи от страна на работодателя и първичните медицински центрове, повишаване на заплащането, социализиране на тези болни, е от съществено значение за успеха от лечението (5,10). Работата с болните с ФМ показва, че лекарите трябва да са по-настойчиви в проследяването и лечението им, да се осъществяват прегледи или телефонни контакти поне веднъж месечно, да се разговаря повече с пациентите. Визитата при ревматолога с продължителност 1 час оказва силно влияние като обучение на болните за преодоляване на отключващите фактори и като психотерапия. Важно е снемането на подробна анамнеза и достигане до капсулираните проблеми от страна на лекаря. Това има огромно значение за доверието и ефекта от лечението. Комплексното лечение на болните с ФМ цели клинично подобрение и повишаване на качеството на живот.

VI. Изводи:

1. Болните с първична фибромиалгия, остеоартроза и ФМ, системен лупус еритематозус и ФМ са сравними помежду си по отношение на силата на болката и влияние на фибромиалгията върху дейностите им.

2. Болните със СЛЕ без фибромиалгия имат по-висок праг на болка и по-ниска степен на умора, сравнима с тези симптоми на болните със СЛЕ+ФМ и здравите лица

3. Болните със СЛЕ и фибромиалгия имат допълнителни оплаквания от средни по-степен болка и умора, които не са свързани със СЛЕ и изискват лечение за ФМ, независимо от лечението за СЛЕ.

Адрес за контакти:
Д-р Валентина Решкова, дм
Клиника по ревматология,
Медицински университет,
УМБАЛ „Св. И. Рилски“,
1612 София
Ул “Урвич“ 13
e-mail: v_reshkova@abv.bg
тел: 0878622443

БИБЛИОГРАФИЯ:

1. Решкова, В. Изследване на болезнените точки при болни с фибромиалгия, лекувани с различни групи медикаменти. Дисертация за придобиване на научно-образователната степен „Доктор”, София, 2013 г.
2. Ana Luiza P., Kasemodel de Araujo, Paliares, I. C., Novo, N. F. The association of fibromyalgia and systemic lupus erythematosus change the presentation and severity of both diseases? Rv bras Rheumatol, 2015, 55 (1) 37-42.
3. Chardran, A., Schaefer, C., Ryan, K., McNet, M., Zlateva, G. J. The comparative economic burden of mild, moderate and severe fibromyalgia. Result from the retrospective chart review and cross-sectional survey of working-Age US Adults Manag care Pham. 2012, 18, 6, 415-426.
4. Franco, MD, Guzzo, M.P., Spinelli, F.R., Atzeni, F., Sarzi- Puttini. Pain and systemic lupus erythematosus. Rheumatismo, 2014, 66 (1), 33-38
5. Knupp, L. B., La Rocca, N. G., Scheinberg, L. C. The fatugue severity scale, Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. Arch Neurol. 1989, 46, 1121-1123.
6. Marchione V. Fibromyalgia pain and osteoarthritis linked in how brain experiences chronic pain, Arthritis Research Facility 2016, 5.
7. Middleton Jackie E. Mcfarlin et al. The prevalence and clinical impact of fibromyalgia in systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum 37 (8), 1181-1188. 8 1994.

8. Wolfe F, Crauw DJ, Fitzcharles MA et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis Care Res (Hoboken) 2010, 62:600-610.
9. Wolfe F. New American College of Rheumatology criteria for fibromyalgia: a twenty-year journey. Arthritis Care Res (Hoboken) 2010, 62:583-584.
10. Wolfe F., Petri M., Alarcon Gs, Goldman, J. Chakravatry, EF. Katz, RS. Fibromyalgia, systemic lupus erythematosus (SLE) and evaluation of SLE activity. J. Rheumatol., 2009, 36, 82-88.
11. Yacizi, K. et al. Anxiety, depression and quality of life in patients with back and neck pain. Clinical psychiatry. Yacizi. 2003, 6, 95-101, 2012.